



COLÉGIO DOM BARRETO

Autorização: Portaria Ministerial de 08/04/53 do Ministério de Educação e Saúde e Ato nº 1449 de 20/10/53 do Departamento de Educação.

Reconhecimento: Portaria CEI de 02 publicado no DOE de 03/12/80

Avenida Saudade, 705 - Ponte Preta - Campinas - SP - CEP 13041-670

Fones (0 xx19) 3232-4366 ou (0xx19) 3232-4796 Fax (0xx19) 3234-6696

Site: www.colegiodombarreto.com.br - E-mail: secretaria@colegiodombarreto.com.br

Mantenedora: Colégio Dom Barreto

C.N.P.J. 46.030.789/0001-24

Etapas da Educação Básica: Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio

REQUERIMENTO DE GRATUIDADE EDUCACIONAL

EU _____, abaixo qualificado vem, por meio deste, solicitar que seja concedida gratuidade na parcela de Anuidade Escolar ao(s) aluno(s) a seguir identificado(s), no ano de 2019.

1º _____ Ano a cursar 2019 _____.

2º _____ Ano a cursar 2019 _____.

3º _____ Ano a cursar 2019 _____.

4º _____ Ano a cursar 2019 _____.

I – INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO:

Nome:											
CPF				RG				Celular			
Telefone				e-mail							
Esposa (o)											
CPF				RG				Celular			
Telefone				e-mail							
Estado civil dos pais	Casados () Separados () Divorciados () Solteiros () União Estável () Viúvo ()										
Endereço residencial									Nº		
Complemento				Bairro			Cidade			CEP	
Profissão do pai						Cargo					
Empresa							Fone			Ramal	
Endereço comercial									Nº		
Complemento				Bairro			Cidade			CEP	
Profissão da mãe						Cargo					
Empresa							Fone			Ramal	
Endereço comercial									Nº		
Complemento				Bairro			Cidade			CEP	

III – OUTROS RENDIMENTOS DA FAMÍLIA:

Pró-labore / participações societárias: _____ R\$ _____

Receitas de alugueres: _____ R\$ _____

Pensões (alimentícia): _____ R\$ _____

Aposentadoria ou pensão por morte: _____ R\$ _____

Participa do Programa Bolsa Família do Governo Federal: () Sim () Não _____ R\$ _____**Total** _____**IV – BENS DE IMÓVEIS:**

Família reside em imóvel:	Próprio () Alugado () Financiado () Cedido () Em caso de Cedido cite o nome do proprietário: _____ / Grau de Parentesco: _____.
Tipo de imóvel	Casa () Casa em condomínio fechado () Apartamento () Propriedade rural () Número de cômodos da residência: () Valor atual do seu imóvel no mercado: R\$ _____.

Possui outras propriedades:

Casa: () valor: R\$ _____

Apartamento () valor: R\$ _____

Terreno () valor: R\$ _____

Sítio / fazenda () valor: R\$ _____

Barco () valor: R\$ _____

Outras () valor: R\$ _____

V – QUANTIDADE DE VEÍCULOS OU MOTO QUE A FAMÍLIA POSSUI: um () dois () três () ou mais ()

Marca: _____ Modelo: _____ Ano: _____ Valor: _____

Marca: _____ Modelo: _____ Ano: _____ Valor: _____

Marca: _____ Modelo: _____ Ano: _____ Valor: _____

Marca: _____ Modelo: _____ Ano: _____ Valor: _____

VI – DESPESAS (Trazer cópias de todos comprovantes, caso não tenha será desconsiderados os valores).

Aluguel ou financiamento do imóvel _____	R\$ _____
Condomínio: _____	R\$ _____
Água: _____	R\$ _____
Energia elétrica: _____	R\$ _____
TV a Cabo + Internet _____	R\$ _____
Telefone + Celular: _____	R\$ _____
IPTU: _____	R\$ _____
Financiamento de veículos: _____	R\$ _____
Transporte escolar: _____	R\$ _____
Clube: _____	R\$ _____
Academia: _____	R\$ _____
Plano de saúde: _____	R\$ _____
Empregada doméstica: _____	R\$ _____
Gastos com alimentação _____	R\$ _____
Cartão de Crédito: _____	R\$ _____
Medicamentos: _____	R\$ _____
Mensalidade escolar _____	R\$ _____
TOTAL DAS DESPESAS _____	R\$ _____

VII – ATIVIDADES EXTRACURRICULARES DO ALUNO:

Inglês: ()	valor: R\$ _____
Espanhol: ()	valor: R\$ _____
Balé ()	valor: R\$ _____
Música: ()	valor: R\$ _____
Hipismo: ()	valor: R\$ _____

Futebol: ()	valor: R\$ _____
Natação: ()	valor: R\$ _____
Gin. Olímpica: ()	valor: R\$ _____
Tênis: ()	valor: R\$ _____
Outros: _____	Valor: R\$ _____

VIII – DADOS SOCIAIS:

Recebe auxílio Financeiro de familiares? () Sim () Não

Nome: _____ **Grau de Parentesco:** _____

Qual o motivo da ajuda: _____

_____.

IX - Algum membro da família possui doença crônica ou algum problema relevante? () Sim () Não

Deverá apresentar o laudo médico com o código do CID da doença e cópias dos comprovantes de despesas.

Nome / Grau de Parentesco	Doença	Qual Convênio ou SUS	Valor das Despesas

Outros Tratamentos / Apresentar Cópias das Despesas.

Pedagogo: () valor: R\$ _____

Psicólogo: () valor: R\$ _____

Psicopedagogo: () valor: R\$ _____

Fisioterapia: () valor: R\$ _____

Fonoaudiólogo () valor: R\$ _____

Ortodontia: () valor: R\$ _____

Responsável Financeiro:

Declara ter conhecimento e aceita as condições para a concessão da gratuidade:

- A gratuidade será concedida se comprovada a real necessidade da família, mediante avaliação sócio econômica, visita domiciliar e entrevista pessoal;

-Não serão analisados requerimentos incompletos;

-O aluno beneficiado pela Escola deverá efetuar o pagamento até a data do vencimento;

-O inadimplemento incorrerá na perda da gratuidade;

-Toda e qualquer gratuidade dada pela ESCOLA constitui concessão filantrópica, podendo ser alterada a qualquer momento ou suspensão, desde que comunicada com antecedência mínima de 30 dias;

-O responsável financeiro deve se comprometer a apresentar comprovantes das declarações contidas neste requerimento, bem como prestar as informações solicitadas pelo Serviço Social.

A gratuidade concedida vale para o ano em curso, não renovando automaticamente em nenhum caso. Os alunos inadimplentes não podem pleitear gratuidades.

Declaro sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações por mim fornecidas neste formulário e na entrega dos documentos solicitados. Estou ciente das normas que regem a presente solicitação e se as informações prestadas, quando **INVERÍDICAS**, a **QUALQUER TEMPO** o Colégio poderá **CANCELAR A GRATUIDADE** concedida e exigir o **RESSARCIMENTO dos VALORES CONCEDIDOS**. O responsável pela falsa informação prestada estará sujeito às penalidades previstas em lei. **O Colégio Dom Barreto reserva-se o direito de determinar a realização de visita domiciliar, que fica desde já autorizada pelo (a) responsável.**

Campinas, ___ de _____ de _____.

Assinatura do responsável financeiro

PARECER DO SERVIÇO SOCIAL:

() DEFERIDO () INDEFERIDO Percentual _____%

Reavaliado / Cancelado em: _____. Motivo/ Referente: _____